

経由機関受付印	
市町村	判定機関

## 療育手帳交付申請書

年 月 日

群馬県知事  
 (心身障害者福祉センター)  
 (市町村、判定機関経由)

あて

申請者  
 (本人又は保護者)

印

本人写真
縦 4 cm×横 3cm 脱帽・上半身 (仮止め)

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

本人	ふりがな		生年 月 日	年 月 日	性別	男・女
	氏 名		個人番号			
	住 所	(〒 - ) 施設の場合：施設名 (電話 - - )			職業	
保護者	ふりがな		生年 月 日	年 月 日	続柄	
	氏 名					
	住 所	(〒 - ) (電話 - - )			職業	
1 現在までに児童相談所又は心身障害者福祉センターで判定を受けましたか。 はい      いいえ はいの場合 (場所 _____ 年 月 日) 2 施設に入所していますか。      はい      いいえ はいの場合 (施設等の名称 _____) 3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい      いいえ はいの場合 (その内容 _____)						
身体障害者手帳の有無			有 ・ 無	番号( _____ )交付年月日( _____ 年 月 日) _____ 級		障害の内容
判 定 の 記 録 [判定機関 _____]						
障害の程度	(総合判定)		合併障害  (身体障害 _____ 級)	判定年月日		
				次の判定年月		
				次の判定機関		

- 注 1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。  
 2  内は記入しないでください。  
 3 申請者が署名する場合、押印は不要です。